

（宛先）
岩国市長 様

人工授精
年 月 日

岩国市人工授精治療費助成金交付申請書

人工授精費用の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

申請金額 金		記入不要		円	
(ふりがな) 氏 名		生 年 月 日			
夫	()	必ずボールペンで記載してください。 鉛筆など消せるものは不可。		日	(歳)
妻	()			日	(歳)
住所	〒 (電話)				
住所(※) (夫・妻)	〒 (電話)				
過去に岩国市、山口県又は県内の他の市町から人工授精費用の助成を受けたことがありますか。					
☐ 人工授精費用の助成を受けたことはない。					
☐ 人工授精費用の助成を受けたことがある。					
助成を受けた自治体					
助成を受けた時期	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月
助成金額(円)					
この申請を行うに当たり、市の職員が助成を決定するために必要な私及び配偶者の住民基本台帳の記録及び所得金額を公簿により確認すること並びに助成事業の決定に必要な情報を各関係機関に確認することに同意します。また、助成事業の事務等において必要なときは、転入前・転出後の市町に、助成についての照会又は情報提供をすることに同意します。					
なお、以上の内容については、私の配偶者の承諾を得ています。					
氏名					
※申請者本人の自署又は記名押印					

※ 夫婦の住所が異なる場合に記入してください（住所が異なる場合は、単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合をいいます。）。

（添付書類）

(1) 人工授精治療費医療機関証明書（様式第2号）
されるもの

(2) 人工授精費用の領収書等

(3) その他市長が必要と認める書類

申請者の氏名を自署してください。自署でない場合、
押印が必要です。

市記入欄			
申請受理年月日	年 月 日	(交付・不交付) 決定年月日	年 月 日
受給者番号			

(裏面)

以前の受給歴について以前にお住まいの自治体に確認を行うことに関する説明書

この助成金は、公費予算からの公正な支出を行うため、1 夫婦当たりの助成限度額が定められています。

山口県内の他の自治体から転入された方は、以前にお住まいの自治体に、この助成金の以前の受給状況を確認することがありますので御承知ください。

なお、情報の取扱いには十分留意し、プライバシーは厳守します。